



355541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/10/2011 4-Data de Autorização 10/09/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7781522 7-Data Validade da Senha 11/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025211683000082021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FEDERACAO NACIONAL DE APOIO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARLON SILVA 21/05/1980 14-Telefone (21) 340617506 15-Nome do titular do plano JACIARA LEITE GARCIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ/CPF 82436274720 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Valor
1-0	0	85300047										
2-0	0	85300047										
3-0	0	85300047										
4-0	0	85300047										
5-0	0	85300047										
6-0	0	85300047										
7-0	0	85300047										
8-0	0	85300047										
9-0	0	85300047										
10-0	0	85300047										
11-0	0	85300047										
12-0	0	85300047										
13-0	0	85300047										
14-0	0	85300047										
15-0	0	85300047										

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2011

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1246,00

47-Valor Total R\$ 10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2011

51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2011

52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2011

53-Diga, local e Assinatura do Signatário 12/10/2011